**Deutscher Bundestag** **Drucksache 17/7735**

**17. Wahlperiode** 15. 11. 2011

# Antwort

**der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**
**– Drucksache 17/7557 –**

## Zukunft der vertragsärztlichen Vergütungen

Vorbemerkung der Fragesteller

Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz (§ 87 Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V) wurde der im Bewertungsausschuss vertretenen Selbstverwaltung auferlegt, bis April 2011 ein Konzept für die Konvergenz der vertragsärztlichen Vergütungen auszuarbeiten. In der Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Bundestagsdrucksache 17/5723) schreibt die Bundesregierung, der Auftrag sei vor dem Hintergrund erfolgt, dass der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP „eine Überprüfung und erforderliche Kurskorrekturen der gesamten seit dem 1. Januar 2009 eingeführten Honorarreform“ vorsehe. Näheren Angaben zu ihren honorarpolitischen Vorstellungen enthält sich die Bundesregierung in ihrer Antwort und verweist auf die Ergebnisse des von der Selbstverwaltung noch auszuarbeitenden Konvergenzkonzeptes.

Bislang hat die Selbstverwaltung jedoch kein gemeinsames Konzept vorgelegt. Zudem sieht der Kabinettentwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) die Streichung der o. g. Regelung im SGB V vor. Stattdessen enthält der Gesetzentwurf Regelungen, die nicht auf die Konvergenz im Sinne einer Angleichung der vertragsärztlichen Vergütungen, sondern auf eine stärkere Regionalisierung der Honorarverteilung und deren Maßstäbe hinausliefen. Im Ergebnis käme es hier anders als bei der ursprünglich von der Bundesregierung im GKV-Finanzierungsgesetz in Aussicht gestellten Angleichung zu noch stärkeren Vergütungsunterschieden zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach den grundsätzlichen honorarpolitischen Vorstellungen der Bundesregierung.

Trotz erheblicher Honorarsteigerungen für die vertragsärztliche Versorgung in den Jahren 2007 bis 2011 existieren weiterhin Honorarstreitigkeiten innerhalb und zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen. Über die Regelungen im Kontext des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-VStG hinaus fordern einige Kassenärztliche Vereinigungen eine Angleichung der Honorare je Versicherten, andere schlagen eine deutlich stärker Regionalisierung der Honorarverteilung und deren Maßstäbe vor.

---

*Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 11. November 2011 übermittelt.*

*Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.*

Vorbemerkung der Bundesregierung

Der Entwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG), den das Bundeskabinett am 3. August 2011 beschlossen hat, enthält ein umfangreiches Maßnahmenpaket zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen und der medizinischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein wesentlicher Inhalt sind Regelungen in der GKV zur Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems. Ziel ist es, für die ambulante Versorgung die Vertragskompetenz in den Regionen durch Zurücknahme zentraler Vorgaben zu stärken.

Hierzu soll eine Dezentralisierung der Befugnis der Selbstverwaltung zur Vereinbarung der Vergütungen für die Vertragsärztinnen und -ärzte erfolgen. Damit wird das System der vertragsärztlichen Vergütung stärker regionalisiert und flexibilisiert, um besser auf die tatsächlichen Bedarfe vor Ort eingehen und regionale Strukturen berücksichtigen zu können.

1. a) Teilt die Bundesregierung die Einschätzung, dass die nun geplante „Regionalisierung und Flexibilisierung“ zu stärkeren regionalen Vergütungsunterschieden und damit zu diametral anderen Ergebnissen als die ursprünglich von der Bundesregierung ins Auge gefasste und im GKV-Finanzierungsgesetz enthaltene Angleichung der Vergütungen (Konvergenz) führen wird?

   Wenn nein, warum nicht?

   b) Wie erklärt die Bundesregierung ihren kurzfristigen Paradigmenwechsel bei der Ausgestaltung der vertragsärztlichen Vergütung?

Mit der Vergütungsreform 2009 wurden Unterschiede zwischen den Vergütungen für die vertragsärztlichen Leistungen insbesondere durch die Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen sowie durch die Einführung eines einheitlichen Punktwertes (Orientierungswertes) der Euro-Gebührenordnung bereits erheblich angeglichen. Diese Elemente sind im Entwurf für ein GKV-Versorgungsstrukturgesetz weiterhin enthalten.

Mit den im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen zur Reform des Vergütungssystems sollen die Vertragsparteien in den Regionen künftig den regional medizinisch notwendigen Behandlungsbedarf, welcher die Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen bestimmt, regelmäßig unter Berücksichtigung von Empfehlungen der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen auf Bundesebene fortschreiben und die bisher erreichte Morbiditätsorientierung weiterentwickeln. Wesentlicher Maßstab hierfür ist die regionale Entwicklung der Morbiditätsstruktur der Versicherten. Ziel ist eine Anpassung der Gesamtvergütungen entsprechend dem tatsächlichen Beitrag der Vertragsärztinnen und -ärzte an der medizinischen Versorgung der Versichertem in den Regionen insgesamt und nicht auf Basis bundesdurchschnittlicher Normwerte je Versicherten, mit denen das Geld auf Basis einer Pauschale verteilt würde. Insofern sind regionale Unterschiede aufgrund der tatsächlichen ärztlichen Inanspruchnahme der Versicherten aufgrund gegebener Morbiditäten sowie regional unterschiedlicher Versorgungsstrukturen nicht auszuschließen, sondern sachgerecht zu berücksichtigen.

2. Auf welchen Erkenntnissen im Hinblick auf die im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP vereinbarte Überprüfung der Honorarreform 2009 beruht die im Entwurf des GKV-VStG enthaltene „Regionalisierung und Flexibilisierung“ der vertragsärztlichen Vergütungen?

Umfassendes Datenmaterial des Bewertungsausschusses über die Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung

einschließlich umfangreicher begleitender Erläuterungen legte die Bundesregierung mit der Bundestagsdrucksache 17/4000 vor.

Darüber hinaus wurden im Frühjahr 2011 zur Vorbereitung und Umsetzung der gesetzlichen Regelungen zur Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems auf der Grundlage von Eckpunkten zur Regionalisierung des Vergütungssystems vom 8. April 2011 mit den Beteiligten Gespräche geführt. Der Dialogprozess wurde unter anderem mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer, Kassenärztlichen Vereinigungen und diversen ärztlichen Berufsverbänden mit dem Ziel geführt, Akzeptanz und Transparenz unter den Beteiligten als Voraussetzung für eine Regionalisierung des Vergütungssystems zu schaffen.

3. An welchen Maßstäben orientieren sich die honorarpolitischen Vorstellungen der Bundesregierung?

Die honorarpolitischen Vorstellungen der Bundesregierung ergeben sich aus dem Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP vom 26. Oktober 2009, den Eckpunkten der Regierung zum Versorgungsgesetz vom 8. April 2011 sowie dem von der Bundesregierung am 3. August 2011 beschlossenen Entwurf eines GKV-Versorgungsstrukturgesetzes.

4. a) Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass sich aus den statistischen Werten „Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung (MGV) je Versicherte" und „MGV je Vertragsarzt" keine Aussagen zur Angemessenheit der vertragsärztlichen Versorgung ableiten lassen?

   Wenn ja, warum?

   Wenn nein, warum nicht?

   b) Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass die ambulante medizinische Versorgung regional in sehr unterschiedlichem Maße durch niedergelassene Haus- und Fachärzte/-ärztinnen und Krankenhäuser erbracht wird, und welche Schlussfolgerungen zieht sie aus diesen Unterschieden in der Leistungserbringung und der Versorgungstrukturen?

Die Selbstverwaltung ist gefordert, Leistungsgerechtigkeit und Gleichbehandlung für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in den Regionen und im überregionalen Vergleich zu gewährleisten. Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz stellt hierfür den Vertragsparteien ausreichende und angemessene Instrumente zur Verfügung.

5. Warum beabsichtigt die Bundesregierung die Streichung der mit dem GKV-Finanzierungsgesetz ins SGB V aufgenommene gesetzliche Vorgabe der Entwicklung eines Konvergenzkonzeptes?

Aufgrund des zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) erfolgten Fristablaufs ist im Regierungsentwurf eine Aufhebung der Regelung vorgesehen.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 4 verwiesen.

6. Aus welchen Gründen hat der Bewertungsausschuss bislang kein Konzept zur Konvergenz der Vergütungen vorgelegt?

Die nicht erfolgte Einigung des Bewertungsausschusses ist nach den dem Bundesministerium für Gesundheit vorliegenden Informationen auf die zu weit auseinandergehenden Vorstellungen der Vertreter der Ärzte- und Kassenseite über ein Konzept für eine schrittweise Konvergenz der Vergütungen zurückzuführen.

7. a) Welches Ergebnis hat die in der Antwort der Bundesregierung zu Frage 6 der Kleinen Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Bundestagsdrucksache 17/5723 in Aussicht gestellte Simulationsberechnung des Bewertungsausschusses „im Hinblick auf die Auswirkungen der Konzepte für die KV-Bereiche und alle gesetzlichen Krankenkassen", und wie bewertet die Bundesregierung das Ergebnis?

   b) Welche über die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Bundestagsdrucksache 17/5723 hinausgehenden Erkenntnisse über die Vorstellungen innerhalb der Selbstverwaltung (Bewertungsausschuss) zu einem oder mehreren Konvergenzkonzepten hat die Bundesregierung?

   Wenn die Bundesregierung keine darüber hinausgehenden Erkenntnisse hat, auf welche Weise und mit welchem Ziel führt sie den in der o. g. Antwort auf die Kleine Anfrage erwähnten „Dialog mit den Beteiligten – ärztliche Berufsverbände, Kassenärztliche Vereinigungen (KV), Krankenkassen und deren Verbände"?

Der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses hatte in seiner Sitzung im Juni 2011 beschlossen, die Arbeiten im Institut des Bewertungsausschusses (InBA) zur Erstellung von Simulationsberechnungen hinsichtlich der Auswirkungen der jeweiligen Konzepte der Träger des Bewertungsausschusses für die KV-Bereiche und für alle Krankenkassen, bis auf Weiteres nicht fortzuführen. Ergebnisse von Simulationsberechnungen des InBA liegen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) daher nicht vor. Dem BMG wurden von Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Simulationsberechnungen der KBV zur Abbildung eines Beschlusses der Vertreterversammlung der KBV zur Konvergenz der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen übermittelt. Im Übrigen konnte das BMG aus dem Dialogprozess Erkenntnisse gewinnen. Ergänzend wird hierzu auf die Antwort zu Frage 2 hingewiesen.

8. Für wie hoch schätzt die Bundesregierung den Ausgabenanstieg der gesetzlichen Krankenkassen, käme es zu einer nicht ausgabenneutralen Umsetzung der unter anderem aus den Reihen einiger Kassenärztlicher Vereinigungen geforderten Angleichung (Konvergenz) der Vergütungen je Versicherten?

Nach einem Beschluss der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Forderungen der Allianz „Länderübergreifender Angemessener Vergütungsanspruch" (LAVA) soll die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung je Versicherten bei allen Kassenärztlichen Vereinigungen, die unterhalb des Bundesdurchschnittes liegen, zumindest auf den bundesdurchschnittlichen Wert basiswirksam (dauerhaft) angehoben werden, ohne dass aber eine Umverteilung zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt. Dieser bundesdurchschnittliche Wert lag in 2010 bei 348 Euro. Dementsprechend wäre mit einer basiswirksamen Steigerung der Vergütungen von insgesamt mindestens 500 Mio. Euro im Falle einer Anpassung an den Bundesdurchschnittswert zu rechnen. Dies ergibt sich aus einer Berechnung des Differenz-

betrages zwischen dem jeweiligen KV-spezifischen Wert und dem bundesdurchschnittlichen Wert.

9. In welchen Kassenärztlichen Vereinigungen müsste das Volumen der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung bei einer ausgabenneutralen Umsetzung der Konvergenz und unter der Annahme einer linearen Steigerung des Behandlungsbedarfs von 1,25 Prozent vermindert werden?

Von möglichen Minderungen der Gesamtvergütungen könnten die Kassenärztlichen Vereinigungen Berlin, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Bremen, Bayern, Saarland, Niedersachsen und Hessen betroffen sein.

10. a) Sieht die Bundesregierung einen Widerspruch zwischen ihrer Absicht, die Verpflichtung zur einer Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) nach § 295 Absatz 3 Satz 2 SGB V zu streichen und der gesetzlichen Vorgabe, die Höhe der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung auch auf der Basis dokumentierter Diagnosen zu bestimmen?

    Wenn nein, warum nicht?

b) Wie beurteilt die Bundesregierung vor dem Hintergrund des beabsichtigten Wegfalls der AKR die Fähigkeit der Vertragspartner auf Landesebene (§ 87a Absatz 2 Satz 1 SGB V), die Kodierqualität bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs angemessen zu berücksichtigen, wenn ihnen weder versichertenbezogene Daten noch eine einheitliche AKR zur Verfügung stehen?

c) Mit welchen Instrumenten will die Bundesregierung sicherstellen, dass die Qualität von Diagnosen beispielsweise hinsichtlich des so genannten Up- and Rightcoding sachgerecht beurteilt werden kann?

d) Hat die Bundesregierung eine Weiterentwicklung oder alternative Ausgestaltung der bereits entwickelten AKR geprüft, die die vielfach vorgetragene Kritik hinsichtlich Datenschutzaspekten und bürokratischem Aufwand aufgenommen hätte, und wenn ja, mit welchem Ergebnis, und wenn nein, warum nicht?

Der Entwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes sieht eine Aufhebung der bisher geltenden gesetzlichen Verpflichtung der Bundesmantelvertragspartner vor, ambulante Kodierrichtlinien für die Vergabe und Dokumentation der vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen im Zusammenhang mit der Verhandlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für die vertragsärztliche Versorgung durch die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen zu vereinbaren. Der Gesetzentwurf sieht außerdem vor, dass die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene die Gesamtvergütungen in Verhandlungen jährlich fortschreibt und dabei die regionalen Veränderungen insbesondere der Demografie und der Morbiditätsstruktur der behandelten Patientinnen und Patienten bzw. ihren Behandlungsbedarf berücksichtigt.

Nach kontroverser Diskussion bestanden Zweifel an der Angemessenheit und Praxistauglichkeit der ambulanten Kodierrichtlinien für Vergütungszwecke. Es war zu erwarten, dass diese Richtlinien in der ärztlichen Praxis keine Akzeptanz finden würden. Da die ärztliche Selbstverwaltung ihren gesetzlichen Anspruch auf Anpassung der Vergütungen an die Morbiditätsentwicklung nur verwirklichen kann bei verlässlicher Qualität der angegebenen Diagnosen, erwartetet die Bundesregierung, dass die ärztliche Selbstverwaltung in eigener Initiative die Vertragsärztinnen und -ärzte und Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten im notwendigen Umfang durch Hinweise und Empfehlungen bei der Angabe der Diagnosen unterstützt.

Die ärztliche Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung kann und soll Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten im erforderlichen Umfang vor allem durch Empfehlungen und Anleitungen dabei unterstützen, bei der Abrechnung die von ihnen erbrachten Leistungen einschließlich der Behandlungsdiagnosen richtig und vollständig aufzuzeichnen und zu übermitteln. Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information gibt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit die amtliche Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten heraus. Diese Klassifikation enthält ergänzende Informationen zur Angabe von Diagnosen, insbesondere im Abschnitt Zusatzinformationen, Anleitung zur Verschlüsselung. Das Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) berät dabei.

Der vorliegende Entwurf der ambulanten Kodierrichtlinien sollte und konnte die Vorgaben der amtlichen Klassifikation des ICD-10 zur Angaben von Diagnosen nicht ersetzen, sondern nur präzisieren. Die auf Zwecke der morbiditätsbezogenen Vergütungsanpassung ausgerichteten Präzisierungen zur Angabe von Diagnosen können grundsätzlich in der amtlichen Fassung der ICD-10 selbst als Hinweise zur Verschlüsselung geregelt werden. Das Kuratorium für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) berät das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information bei Fortschreibung des ICD-10. In diesem Gremium sind die Institutionen der Selbstverwaltung vertreten und haben damit die Möglichkeit, Vorschläge einzubringen. Eingehende Vorschläge werden sorgfältig geprüft und berücksichtigt, soweit diese sinnvoll sind.

11. Umfasst nach Auffassung der Bundesregierung die im Entwurf des GKV-VStG enthaltene Bestimmung des Honorarverteilungsmaßstabs durch die Kassenärztliche Vereinigung auch Festlegungen zur Bereinigung ärztlicher Honorare aufgrund von Selektivverträgen?

    Wenn ja, wie beurteilt es die Bundesregierung aus Wettbewerbsgesichtspunkten, dass die Kassenärztliche Vereinigung somit mittelbar Einfluss auf die Gestaltung selektiver Versorgungsverträge von Wettbewerbern nehmen könnte?

    Wenn nein, beabsichtigt die Bundesregierung hier auf eine entsprechende Klarstellung im Gesetzentwurf hinzuwirken?

Nach dem Regierungsentwurf für ein GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat der Bewertungsausschuss jährlich bis spätestens zum 31. August bundeseinheitliche Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch das Gesetz vorgesehenen Fällen sowie zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen zu beschließen (§ 87a Absatz 5 SGB V in der Fassung des Entwurfs für ein GKV-VStG). Diese bundeseinheitlichen Vorgaben zur Bereinigung sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beachten und sollen damit Wettbewerbsneutralität der kollektiv- bzw. selektivvertraglichen Versorgung gewährleisten.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333